

## Anmeldung

Spital Altstätten

Spital Grabs

Spital Walenstadt

### Angaben Zuweiser/in

---

Name\*

Vorname\*

Adresse\*

PLZ / Ort\*

Telefon\*

E-Mail

### Angaben Patient/in

---

Name\*

Vorname\*

Geschlecht

weiblich

männlich

Adresse\*

PLZ / Ort\*

Geburtsdatum\*

Telefon\*

Kostenträger\*

Versicherungs-Nr.

### **Diagnosen / Klinische Befunde**

### **Bisheriger Verlauf & Therapie**

### **Aktuelle Medikation**

### **Fragestellung**

### **Beilagen / Weitere Befunde**

## Gewünschte Konsilien / Untersuchungen

---

### Altstätten

### Grabs

### Walenstadt

Endoskopie

Punktion / Biopsie

Bei endoskopischen Untersuchungen/Punktionen bitte folgende Laborwerte angeben:

**Quick:**            % / INR            **Thrombozyten:**            10<sup>9</sup>/l vom **(Datum):**

Sonographie

Farbduplexsonographie

Medizindiagnostische Untersuchungen

Kardiologie-Sprechstunde

Herzschrittmacher / ICD / CRT / Ereignisrecorder

Bei Schrittmacherkontrollen bitte angeben: Hersteller:

Implantationsklinik:

Implantationsdatum:

### Ort / Datum

Wir danken für die Zuweisung.